

Modal Sosial dan Partisipasi Masyarakat dalam Penemuan Penderita Tuberkulosis

Social Capital and Community Participation in the Detection of Tuberculosis Patient

Reviono* Endang Sutisna Sulaeman** Bhisma Murti**

*Bagian Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, **Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Abstrak

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di tingkat global, regional, nasional, maupun lokal. World Health Organization mengemukakan strategi *directly observed treatment short course* (DOTS) dan strategi *stop tuberculosis partnership* bertujuan untuk menjangkau semua penderita tuberkulosis. Kedua strategi tersebut masih belum mampu mencapai target *case detection rate* (CDR) secara konsisten. Penelitian ini bertujuan merumuskan model modal sosial dan partisipasi masyarakat dalam *crude death rate*. Sasaran penelitian adalah petugas tuberkulosis dan kader di 30 desa di Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah. Metode yang digunakan adalah survei dan studi kasus. Hasil penelitian survei menunjukkan, desa dengan modal sosial yang tinggi mempunyai kemungkinan untuk melampaui target CDR $\geq 70\%$, 9 kali lebih besar daripada desa dengan modal sosial rendah. Desa dengan partisipasi masyarakat tinggi mempunyai kemungkinan 7,5 kali lebih besar daripada desa dengan partisipasi masyarakat rendah. Hasil penelitian studi kasus menunjukkan, faktor-faktor modal sosial yang berhubungan dengan CDR terdiri dari dimensi kognitif meliputi kepercayaan dan merasa mempunyai program tuberkulosis. Dimensi relasional meliputi norma sosial, penanaman jasa pribadi, kerja sama, dan komunikasi. Dimensi struktural meliputi jejaring dan persatuan. Faktor-faktor partisipasi yang berhubungan dengan CDR meliputi identifikasi kebutuhan, menggerakkan sumber daya program, dan kepemimpinan.

Kata kunci: *Case detection rate*, modal sosial, partisipasi masyarakat, tuberkulosis

Abstract

Tuberculosis is an important public health problem of global, regional, national, and local levels. World health organization launched directly observed treatment short course (DOTS) and stop tuberculosis partnership strategies aiming to reach all tuberculosis patients. Both strategies have not been able to reach the case detection rate (CDR) target consistently. This

research aimed to formulate a social capital and participation model in crude death rate. The target of research was the officers of tuberculosis programs and cadres in 30 villages in Karanganyar Regency, Central Java. The method used in this research was survey and case study. The result of survey research showed that the village with high social capital had 9 times probability of surpassing CDR target $\geq 70\%$ than the one with low social capital and 7.5 times higher than the one with low public participation. The result of case study showed that the social capital factors relating to CDR consisted of cognitive dimension encompassing trust and sense of belonging to tuberculosis program. Relational dimension encompassed social norm, personal service implantation, cooperation, and communication. Structural dimension involved public network and association. The factors of participation relating to CDR included need identification, activating the program resource, and leadership.

Keywords: Case detection rate, social capital, community participation, tuberculosis

Pendahuluan

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia, dengan kasus tuberkulosis basil tahan asam (BTA) positif 110 per 100.000. Tuberkulosis menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di banyak negara di dunia. Tahun 1993, *World Health Organization* (WHO) menyatakan tuberkulosis merupakan kedaruratan global bagi kemanusiaan (*global emergency*). Laporan WHO tahun 2010 mengestimasi 9,4 juta kasus baru (137 kasus per 100.000 penduduk). Insidensi tuberkulosis di Indonesia berada di

Alamat Korespondensi: Endang Sutisna Sulaeman, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Jl. Ir. Sutami 36A Surakarta 57126, Hp. 081520545707, e-mail: sutisnaend_dr@yahoo.com

urutan kelima setelah India (1,6 – 2,4 juta kasus), Cina (1,1 – 1,5 juta kasus), Afrika Selatan (400.000 – 590.000 kasus) dan Nigeria (370.000 – 550.000 kasus).¹ Faktor-faktor sosial budaya sangat memengaruhi kinerja program kesehatan, termasuk untuk program pengendalian tuberkulosis.² Penemuan kasus dan pengobatan yang efektif adalah strategi utama dalam pengendalian tuberkulosis.³ Upaya global untuk mengendalikan tuberkulosis bangkit pada tahun 1991, ketika *World Health Assembly* (WHA) menyampaikan resolusi yang mengakui bahwa tuberkulosis sebagai masalah kesehatan masyarakat utama global. Dua target pengendalian tuberkulosis sebagai bagian dari resolusi tersebut adalah deteksi 70% kasus baru tuberkulosis BTA positif dan menyembuhkan 85% kasus tersebut.^{4,5}

Pada tahun 1994, strategi pengendalian tuberkulosis yaitu *directly observed treatment short course* (DOTS) diluncurkan. Selanjutnya pada tahun 2006 WHO menggulirkan strategi *stop tuberculosis partnership* yang bertujuan untuk menjangkau semua pasien, mengintensifkan penanggulangan tuberkulosis, dan memastikan pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs) tahun 2015. Tantangan pencapaian MDGs di Indonesia cukup berat, salah satunya adalah prevalensi tuberkulosis di Indonesia masih tinggi.⁶ Partisipasi masyarakat dalam pengendalian tuberkulosis dilakukan dengan membangun kemitraan antara sektor kesehatan dengan masyarakat, memastikan bahwa pasien dan masyarakat mendapat informasi yang setara tentang tuberkulosis, meningkatkan kesadaran umum tentang penyakit, dan berbagi tanggung jawab dalam program pengendalian tuberkulosis sehingga pemberdayaan pasien dan partisipasi masyarakat menjadi efektif. Bukti menunjukkan bahwa penatalaksanaan tuberkulosis berbasis masyarakat lebih efektif dari segi biaya dibandingkan dengan perawatan berbasis rumah sakit dan model perawatan rawat jalan yang lain.⁴

Melalui strategi DOTS dan *stop tuberculosis partnership*, *case detection rate* (CDR) belum konsisten dapat tercapai. Kabupaten Karanganyar Provinsi Jawa Tengah baru mencapai 49,5% tahun 2010; 49,0% tahun 2009; 42,4% tahun 2008; 37,2% tahun 2007; dan 45,2% tahun 2006. Sementara CDR Jawa Tengah baru mencapai 55,3% tahun 2010; 48,5% tahun 2009; 47,9% tahun 2008; 47,9% tahun 2007; dan 49,8% tahun 2006.⁷ Faktor penyebab penemuan penderita baru tuberkulosis BTA positif berdasarkan studi pendahuluan yang belum tercapai antara lain CDR hanya mengandalkan *passive case finding*, komitmen, dan dukungan dokter dalam pengendalian tuberkulosis dengan strategi DOTS belum optimal, belum dilakukan penguatan modal sosial, seperti budaya gotong royong, silaturahmi, dan tolong-menolong, ser-

ta belum menggiatkan partisipasi masyarakat.

Evaluasi program pengendalian tuberkulosis dengan strategi DOTS di eks karesidenan Surakarta menemukan CDR di bawah target 70% di tingkat kota/kabupaten dan tingkat puskesmas.⁸ Berbagai faktor penyebab CDR yang rendah meliputi penemuan CDR hanya mengandalkan *passive case finding* dan belum mengoptimalkan *active case finding*, belum mengoptimalkan peranan modal sosial dan partisipasi masyarakat, penjarangan suspek penderita tuberkulosis terlalu longgar karena banyak orang yang tidak memenuhi kriteria suspek terjaring, kualitas dahak yang diperiksa kurang baik.

Tujuan penelitian ini adalah merumuskan model modal sosial dan partisipasi masyarakat dalam penemuan penderita tuberkulosis BTA positif (*case detection rate*). Pemodelan dilakukan untuk memudahkan pemahaman kompleksitas dan kerumitan teori dan menjelaskan hubungan unsur-unsurnya.⁹

Metode

Penelitian ini bersifat *explanatory study* dengan tujuan menjelaskan pengaruh dan hubungan antarvariabel berdasarkan kenyataan empiris dan memberikan penjelasan analisis kualitatif.¹⁰ Dengan demikian, metode penelitian ini menggunakan gabungan pendekatan metode (*mixed methods*) yang memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif dilakukan melalui survei, dengan mengambil sampel sebanyak 30 desa dari sepuluh puskesmas, yaitu desa yang sudah dan belum mencapai target CDR, dengan instrumen penelitian menggunakan kuesioner, sedangkan penelitian kualitatif dilakukan dengan studi kasus. Waktu penelitian dilakukan selama tujuh bulan mulai April sampai dengan Oktober 2012. Populasi penelitian adalah seluruh 177 desa di Kabupaten Karanganyar Provinsi Jawa Tengah. Teknik pencuplikan sampel dilakukan secara *disproportionate stratified random sampling* dengan mengambil sampel sebanyak 30 desa. Responden adalah petugas program tuberkulosis dan kader kesehatan.

Studi kasus dilakukan di dua desa, yaitu desa yang telah mencapai target CDR dan desa yang belum mencapai target CDR. Pengumpulan data studi kasus dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi partisipasi, dan kajian dokumen. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 46 informan yang terdiri dari 30 orang masyarakat dan 16 orang petugas kesehatan. Unit analisis adalah desa/kelurahan. Analisis data meliputi analisis data kuantitatif dan analisis data kualitatif. Analisis data kuantitatif meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat dengan analisis regresi logistik ganda, sedangkan analisis studi kasus dilakukan dengan menggunakan *content analysis* meliputi reduksi data, penyajian data, dan kesimpulan.

Hasil

Rata-rata CDR desa adalah 83,78% sehingga rata-rata pencapaian CDR desa di daerah penelitian melampaui target program penanggulangan tuberkulosis, yaitu $CDR \geq 70\%$. Tetapi terdapat desa dengan pencapaian $CDR = 0$, ada pula desa dengan $CDR = 214\%$ (melebihi 100%) (Tabel 1).

Hasil analisis regresi logistik ganda menunjukkan hubungan antara modal sosial, partisipasi masyarakat, dan kinerja petugas tuberkulosis, dengan kemampuan desa untuk mencapai target $CDR \geq 70\%$ (Tabel 2). Desa dengan modal sosial tinggi mempunyai kemungkinan untuk melampaui target $CDR \geq 70\%$, 9 kali lebih besar daripada desa dengan modal sosial rendah, dan hubungan tersebut secara statistik signifikan ($OR = 8,97$; $CI\ 95\% = 1,19 - 67,84$; nilai $p = 0,033$). Desa dengan partisipasi masyarakat tinggi mempunyai kemungkinan untuk melampaui target $CDR \geq 70\%$, 7,5 kali lebih besar daripada desa dengan partisipasi masyarakat rendah ($OR = 7,46$; $CI\ 95\% = 0,98 - 56,58$; nilai $p = 0,052$). Desa yang dilayani oleh petugas tuberkulosis berkinerja tinggi mempunyai kemungkinan untuk melampaui target $CDR \geq 70\%$, 6 kali lebih besar daripada desa yang dilayani oleh petugas tuberkulosis berkinerja rendah ($OR = 5,57$; $CI\ 95\% = 0,77 - 39,94$; nilai $p = 0,087$).

Partisipasi masyarakat dalam penemuan penderita tuberkulosis BTA positif diukur oleh indikator menurut Bickman *et al*, dalam Iffe,¹¹ sebagai profil partisipasi masyarakat yang berfokus pada proses daripada kegiatan. Profil partisipasi masyarakat diukur oleh lima aspek yaitu mengidentifikasi kebutuhan (60 – 80%), kepemimpinan (45 – 70%), pengorganisasian (40 – 60%), manajemen/pengelolaan (40 – 55%), dan pergerakan sumber daya (30 – 40%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa desa dengan partisipasi masyarakat tinggi lebih banyak yang melampaui target $CDR \geq 70\%$ daripada desa dengan partisipasi masyarakat rendah. Seperti Desa Lempong dan Seloromo Kecamatan Jenawi mencapai CDR masing-masing 214,4% dan 160,3%, Desa Mojoroto, Pendem, dan Ngadirejo, Kecamatan Mojogedang 1, mencapai CDR masing-masing 214%; 122,1%; dan 108,8%.

Modal sosial dalam penemuan penderita tuberkulosis BTA positif diukur melalui tiga dimensi, meliputi dimensi kognitif, relasional, dan struktural. Dari 30 desa yang diteliti, didapatkan 15 desa dengan modal sosial tinggi dan 15 desa dengan modal sosial rendah. Jumlah desa dengan $CDR \geq 70\%$ didapatkan 20 desa yang terdistribusi 14 desa pada modal sosial tinggi dan 6 desa dengan modal sosial rendah. Desa dengan modal sosial yang tinggi mempunyai kemungkinan melampaui target $CDR > 70\%$, 9 kali lebih besar daripada desa dengan modal sosial lebih rendah. Desa dengan modal sosial yang tinggi misalnya Desa Jetis Kecamatan Jaten men-

Tabel 1. Karakteristik Sampel

Variabel	Rata-rata	SD	Minimum	Maksimum
Jumlah penduduk desa	5,089	1,437	2,184	8,537
CDR (%)	83,78	59,62	0,00	214,40
Usia petugas tuberkulosis (tahun)	42,73	8,10	29,00	64,00
Lama bekerja petugas tuberkulosis (tahun)	8,95	6,28	1,00	25,00

Tabel 2. Hasil Analisis Regresi Logistik Tentang Hubungan Kemungkinan Desa untuk Mencapai Target $CDR \geq 70\%$ dan Modal Sosial, Partisipasi Komunitas, dan Kinerja Petugas Tuberkulosis

Variabel Independen	OR	95% CI	Nilai p
Modal sosial tinggi	8,97	1,19 – 67,84	0,033
Partisipasi komunitas tinggi	7,46	0,98 – 56,58	0,052
Kinerja petugas tuberkulosis tinggi	5,57	0,77 – 39,94	0,087

Keterangan :

N observasi 30 desa; -2 Log likelihood= 28,53; Nagelkerke $R^2 = 66,3\%$

capai CDR 111,6%, Desa Sroyo Kecamatan Jaten mencapai CDR 102,4%, Desa Ngadiluwih Kecamatan Matesih mencapai CDR 109,1%, Desa Bangsri Kecamatan Karangpandan mencapai CDR 102,8%, Desa Buran, Ngijo, dan Papahan Kecamatan Tasikmadu mencapai CDR masing-masing 173,3%, 131,3%, dan 108%.

Kinerja pegawai kesehatan dalam penemuan penderita tuberkulosis BTA positif diukur oleh beberapa indikator meliputi pengetahuan, keterampilan, kemampuan, motivasi, kesempatan, kondisi kerja, serta penghargaan, dan imbalan dan hukuman. Desa yang dilayani oleh petugas kesehatan berkinerja tinggi lebih banyak yang melampaui target CDR ($CDR \geq 70\%$) daripada desa yang dilayani oleh petugas kesehatan berkinerja rendah.

Studi Kasus

Dari studi kasus, terungkap bahwa rumusan model modal sosial terdiri atas tiga dimensi meliputi kognitif, relasional, dan struktural. Dimensi kognitif meliputi kepercayaan antar-anggota keluarga, tetangga, dan masyarakat, rasa memiliki antarsesama warga masyarakat, kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan dan pelayanan tuberkulosis di puskesmas. Dimensi relasional meliputi norma sosial, kegiatan warga masyarakat sebagai penanaman jasa pribadi, seperti saling berkunjung, empati, komunikasi, dan kerja sama. Dimensi struktural meliputi jejaring (*network*) masyarakat dan persatuan masyarakat.

“...Warga desa mempunyai ikatan sosial yang cukup kuat, jika ada warga yang terkena tuberkulosis tidak akan dikucilkan dan akan diterima oleh masyarakat. Stigma negatif sudah mulai hilang...”(Informan 4 Desa Mojogedang)

“...Masyarakat percaya bahwa tuberkulosis dapat

disembuhkan dengan berobat ke puskesmas, dokter, atau rumah sakit...”(Informan 1 Puskesmas Mojogedang)

“...Kalau ada anggota masyarakat yang menderita penyakit dengan gejala tuberkulosis maka anggota keluarga akan memberi saran untuk memeriksakan diri. Jika penderita warga masyarakat dinyatakan menderita tuberkulosis akan diberi nasihat untuk mengikuti pengobatan secara rutin dan tuntas...”(Informan 3 Puskesmas Karanganyar)

“...Bila ada warga masyarakat dicurigai tuberkulosis, warga masyarakat memberikan dorongan agar memeriksakan diri, dan bila positif tuberkulosis, warga memantau perkembangan penyakitnya dan memotivasi untuk rutin berobat...”(Informan 3 Puskesmas Karanganyar)

“...Kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan sangat tinggi, kalau orang kesehatan yang menyampaikan masalah tuberkulosis lebih dipercaya daripada tetangganya yang mungkin juga mengetahui hal itu...”(Informan 4 Kelurahan Jantiharjo)

“...Tingkat kepercayaan warga masyarakat terhadap pengobatan Puskesmas sangat tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan adanya penemuan CDR yang lebih besar di Puskesmas dibandingkan di rumah sakit...” (Informan 1 DKK Karanganyar)

“...Landasan norma sosial terutama bersumber dari tradisi yang tertanam di dalam masyarakat merupakan modal utama untuk membangun masyarakat yang sehat dan bebas dari penyakit tuberkulosis...”(Informan 2 DKK Karanganyar)

“...Bila ada kabar terdapat warga yang sakit, dengan sendirinya mereka akan menjenguk dan menanyakan sakit apa dan gejalanya bagaimana, dirawat di mana...”(Informan 3 Desa Mojogedang)

“...Bentuk kerja sama di masyarakat dalam penemuan penderita tuberkulosis didasari oleh budaya gotong royong yang tinggi dalam masyarakat. Misalnya ada warga yang sakit tidak hanya tuberkulosis, masyarakat siap membantu mengantar, kalau ada yang tidak mampu akan memberikan bantuan misal harus periksa ke mana...” (Informan 7 Puskesmas Karanganyar)

“...Kalau ada orang sakit, warga masyarakat akan beramai-ramai menjenguk. Kalau tidak menjenguk ada beban moral. Ini tertanam di masyarakat. Mereka khawatir adanya sanksi sosial, akan dikucilkan oleh masyarakat. Sanksi sosial lebih berat dibanding dengan sanksi hukum...”(Informan 6 Desa Mojogedang)

“...Jejaring yang kita miliki adalah jejaring petugas dan PKK. Petugas kesehatan ada di setiap desa. Jejaring di masyarakat itu dibangun oleh kader, yang pada umumnya juga anggota PKK. Kalau PKK itu jaringannya sampai ke tingkat RT...” (Informan 1 Puskesmas Karanganyar)

“...Bentuk persatuan masyarakat dalam penemuan

penderita tuberkulosis BTA positif terbentuk melalui gotong royong masyarakat dalam penanggulangan penderita tuberkulosis yang bermasalah, misalnya kekurangan biaya, rumahnya kurang layak huni, memerlukan transportasi ke rumah sakit...”(Informan 1 kelurahan)

Partisipasi Masyarakat dalam CDR

Terungkap melalui studi kasus, bahwa model partisipasi masyarakat yang berhubungan dengan CDR meliputi identifikasi kebutuhan, menggerakkan sumber daya program, dan kepemimpinan.

“...Hampir sebagian besar warga masyarakat sudah mampu mengidentifikasi penyakit tuberkulosis, misalnya batuk lama, badan kurus, dsb, serta mampu menentukan kebutuhan layanan kesehatan untuk penanggulangan penyakit tuberkulosis. Untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan program penemuan penderita tuberkulosis terutama melalui penyuluhan tuberkulosis...”(Informan 7 Puskesmas Karanganyar)

“...Kader berperan sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan, kalau dulu yang melakukan itu juga bukan masyarakat sendiri, tetapi juru malaria desa. Sekarang peran itu digantikan oleh kader...”(Informan 1 DKK Karanganyar)

“...Peran tokoh agama adalah sebagai memberikan motivasi kepada tersangka penderita tuberkulosis untuk segera memeriksakan diri ke puskesmas, dan jangan mengucilkan diri. Mereka kita beri bahan penyuluhan sehingga tokoh agama dapat ikut mensosialisasikan program tuberkulosis...”(Informan 3 Puskesmas Karanganyar)

“...Penderita tuberkulosis itu kurang nurut apa yang dikatakan keluarganya, sehingga dia mencari rujukan atau panutan yaitu tokoh masyarakat (toma) yang disegani. Toma ikut terjun ke lapangan dan memotivasi warga masyarakat untuk mengingatkan perlunya berobat maupun perbaikan lingkungan. Dulu pernah ada bantuan genting kaca dari dinas kesehatan. Satu rumah dua buah. Untuk penderita tuberkulosis dan untuk rumah yang kumuh yang memungkinkan menjadi sumber penularan tuberkulosis...”(Informan 7 Puskesmas Karanganyar)

“...Saya mensosialisasikan tuberkulosis ini semampu saya kepada ibu-ibu PKK. Disini kegiatan PKK berjalan baik, sehingga informasi dari kecamatan dilanjutkan ke kelurahan kemudian ke lingkungan terus ke RT. Termasuk informasi penanggulangan tuberkulosis. Semua informasi tentang masalah kesehatan melalui PKK. Setiap bulan kita mengadakan pertemuan di tingkat kecamatan sampai tingkat RT. Kalau ada yang batuk lama lebih dari tiga minggu disarankan memeriksakan ke puskesmas. Peran PKK dalam penemuan

tuberkulosis antara lain penyuluhan, merujuk pasien dan kunjungan rumah..."(Informan 6 Puskesmas Karanganyar)

"...Kepemimpinan kepala desa sangat menentukan keberhasilan program tuberkulosis. Bila kepemimpinan kepala desa kuat, program tuberkulosis akan berhasil..."(Informan 7 Puskesmas Karanganyar)

"...Dukungan Pemda dan DPRD terhadap penanganan tuberkulosis sangat kuat, namun hanya pada aspek politisnya. Sedangkan aktualisasi dan implementasinya tidak sekuat politis. Seringkali aspek politis menjadi pertimbangan yang lebih kuat daripada pertimbangan pelayanan, sehingga kita mempunyai beban moral. Adanya kebijakan politis, biasanya kesehatan dan pendidikan yang menjadi korban, seperti kesehatan gratis, apa-apa digratiskan..."(Informan 1 dari DKK Karanganyar)

Pembahasan

Desa dengan modal sosial tinggi mempunyai kemungkinan untuk melampaui target CDR $\geq 70\%$, daripada desa dengan modal sosial rendah, seperti Desa Jetis Kecamatan Jaten mencapai CDR 111,6%, Desa Sroyo Kecamatan Jaten mencapai CDR 102,4%, Desa Ngadiluwih Kecamatan Matesih mencapai CDR 109,1%, Desa Bangsri Kecamatan Karangpandan mencapai CDR 102,8%, Desa Buran, Ngijo, dan Papahan Kecamatan Tasikmadu mencapai CDR masing-masing 173,3%, 131,3%, dan 108%. Peran modal sosial meliputi tiga dimensi meliputi kognitif, relasional, dan struktural. Dimensi kognitif memfokuskan pada makna dan pemahaman bersama bahwa individu atau kelompok merasa mempunyai satu dengan yang lain. Dimensi relasional berfokus pada karakter koneksi antara individu yang dicirikan melalui kepercayaan dan kerja sama. Dimensi struktural berhubungan dengan kemampuan individu untuk membuat ikatan yang lemah menjadi kuat dalam suatu sistem.¹²

Modal sosial dapat memengaruhi kesehatan seperti determinan sosial dan lingkungan.¹³ Keberadaan modal sosial melalui jaringan sosial dan komunitas berdampak pada kualitas perlindungan pada kesehatan.¹⁴ Modal sosial yang tinggi memudahkan anggota masyarakat untuk berbagi informasi kesehatan, mengakses, dan menggunakan sumber-sumber daya yang tersedia di dalam masyarakat dengan lebih baik dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.¹⁵ Peningkatan peran modal sosial perlu melibatkan pembawa perubahan termasuk dokter, petugas kesehatan, pembuat kebijakan, dan tokoh masyarakat.

Modal sosial berhubungan erat dengan pemecahan masalah kesehatan masyarakat, termasuk masalah tuberkulosis. Terdapat hubungan antara modal sosial dengan penanggulangan tuberkulosis, modal sosial me-

rupakan instrumen sangat penting dalam memerangi tuberkulosis yang mampu memberikan dorongan untuk memastikan bahwa program tuberkulosis selaras dengan kebutuhan pasien tuberkulosis, meskipun kemampuan dan latar belakang pasien tuberkulosis sangat bervariasi.¹⁶ Penelitian ini menemukan bahwa modal sosial yang berhubungan dengan penemuan kasus baru tuberkulosis BTA positif meliputi dimensi kognitif, dimensi rasional, dan dimensi struktural. Dimensi kognitif yaitu kepercayaan antar anggota keluarga, tetangga, dan masyarakat; rasa memiliki antar sesama warga masyarakat; kepercayaan masyarakat terhadap petugas TB Puskesmas; dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan TB di Puskesmas dan jaringannya. Dimensi relasional yaitu norma sosial yang melandasi kepercayaan, kerjasama, dan komunikasi; kegiatan warga masyarakat sebagai penanaman jasa pribadi, seperti saling berkunjung, simpati, dan saling berkomunikasi; kerjasama antara warga masyarakat; dan komunikasi antara warga masyarakat. Dimensi struktural yaitu jejaring (*network*) masyarakat, dan persatuan masyarakat.

Beberapa penelitian lain menunjukkan manfaat modal sosial dalam pemecahan kesehatan masyarakat. Misalnya modal sosial dan kebiasaan merokok yang menyimpulkan bahwa modal sosial mempunyai dimensi yang spesifik sesuai dengan etnis tertentu dalam hubungan dengan kebiasaan merokok.¹⁷ Penelitian yang menyoroti kebutuhan intervensi pencegahan dan berhenti merokok dihubungkan dengan heterogenitas etnis melalui pendekatan modal sosial. Sementara itu, modal sosial merupakan prediktor kuat untuk penyakit infeksi terutama gonore, sifilis, AIDS.¹⁸ Intervensi untuk meningkatkan modal sosial perlu melibatkan komponen masyarakat sampai ke level individu, sehingga diharapkan dengan peningkatan peran modal sosial dapat menurunkan kasus-kasus infeksi.

Keberhasilan penanggulangan tuberkulosis berhubungan erat dengan partisipasi masyarakat. Desa dengan partisipasi tinggi lebih banyak yang melampaui target CDR $\geq 70\%$ daripada desa dengan partisipasi masyarakat rendah. Desa dengan partisipasi tinggi seperti Lempong dan Seloromo Kecamatan Jenawi mencapai CDR masing-masing 214,4% dan 160,3%, Desa Mojoroto, Pendem, dan Ngadirejo Kecamatan Mojogedang, mencapai CDR masing-masing 214%, 122,1%, dan 108,8%. Partisipasi masyarakat yang berhubungan dengan penemuan kasus baru BTA positif terdiri dari identifikasi kebutuhan, menggerakkan sumber daya program, dan kepemimpinan. Identifikasi kebutuhan penanggulangan tuberkulosis diawali pada penemuan penderita tuberkulosis untuk mendeteksi tuberkulosis sedini mungkin. Sebagian besar informan menyampaikan bahwa warga masyarakat mampu mengidentifikasi penyakit tuberkulosis, misalnya batuk lama, badan kurus, serta mampu

menentukan kebutuhan penanggulangan, dengan melakukan pemeriksaan ke puskesmas. Untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan program penemuan penderita tuberkulosis baru BTA positif yang utama adalah melalui penyuluhan tuberkulosis. Hal itu sejalan dengan semangat program *stop tuberculosis partnership* poin 5, yaitu memberdayakan pasien dan masyarakat.¹ Juga selaras dengan hasil penelitian Kasmel *et al*,¹⁹ yang menemukan bahwa pemberdayaan penderita dan masyarakat yang paling utama adalah partisipasi, selain pengetahuan, keterampilan, sumber daya, visi bersama, sensitivitas komunitas, dan komunikasi.

Penggerakan sumber daya program penemuan penderita tuberkulosis baru BTA positif sudah tampak di lokasi penelitian, terutama penggerakan sumber daya tenaga seperti kader kesehatan dan tokoh masyarakat. Namun penggerakan sumber daya finansial masih bersifat spontan pada saat ada penderita tuberkulosis yang dirawat atau memerlukan bantuan finansial. Ife,¹¹ menegaskan bahwa salah satu prinsip dalam pemberdayaan masyarakat adalah menghargai sumber daya lokal (*valuing local resources*) sejalan dengan gagasan kemandirian sendiri (*self-reliance*) yang menyatakan bahwa masyarakat seharusnya berupaya memanfaatkan sumber dayanya sendiri.

Selama ini dana untuk program penanggulangan tuberkulosis termasuk dana untuk penemuan penderita tuberkulosis baru BTA positif masih tergantung pada bantuan donor internasional. Sementara itu, pemerintah daerah belum memberikan dukungan pendanaan secara optimal. Adanya dukungan “*global fund*” akan bermasalah bila bantuan tersebut diputus. Hasil studi kasus terungkap bahwa aktualisasi dan implementasi bantuan dana dari pemerintah daerah untuk program penanggulangan tuberkulosis tidak sekuat dukungan politis. Kurangnya perhatian dari pemerintah daerah dan keterbatasan dukungan dana mengharuskan peran masyarakat dan swasta perlu diperkuat dan lebih dominan.

Peran kepemimpinan pada setiap tingkatan administrasi pemerintahan sangat menentukan keberhasilan program penemuan penderita baru tuberkulosis BTA positif. Berdasarkan hasil studi kasus terungkap bahwa kepemimpinan desa berhubungan dengan penemuan penderita baru tuberkulosis BTA positif. Kepemimpinan desa dijalankan secara kolektif antara aparat pemerintahan desa, kepala dusun/lingkungan, RW, dan RT. Kepemimpinan menerapkan prinsip “*nguwongke-uwong*” (memanusiakan manusia) dan bersosialisasi. Kepemimpinan bidang kesehatan pada abad 21 mensyaratkan perlu memfokuskan pada antisipasi perubahan dan mengelola secara efektif, serta menerapkan kewirausahaan.²⁰ Mengelola perubahan memerlukan jejaring (*net-*

working) dengan membuka akses informasi seluas mungkin, yang menyajikan wacana perubahan. Kewirausahaan berarti merasakan ada kesempatan berusaha dan memanfaatkan, memandang perubahan sebagai sesuatu yang sehat, mencari kesempatan perubahan, dan memanfaatkan ketika perubahan itu terjadi.

Kesimpulan

Rumusan model modal sosial dan partisipasi masyarakat dalam penemuan penderita tuberkulosis BTA positif meliputi berbagai modal sosial dan partisipasi masyarakat. Faktor-faktor modal sosial meliputi dimensi kognitif, relasional, dan struktural. Dimensi kognitif meliputi kepercayaan antaranggota keluarga, tetangga, dan masyarakat, rasa mempunyai antarsesama warga masyarakat, serta kepercayaan masyarakat terhadap petugas kesehatan dan pelayanan tuberkulosis di puskesmas. Dimensi relasional meliputi norma sosial, kegiatan warga masyarakat sebagai penanaman jasa pribadi, seperti saling berkunjung, empati, komunikasi, dan kerja sama. Dimensi struktural meliputi jejaring (*network*) dan persatuan masyarakat. Sementara, berbagai faktor partisipasi masyarakat meliputi mengidentifikasi kebutuhan, menggerakan sumber daya program, dan kepemimpinan.

Saran

Dalam upaya pencapaian target penemuan penderita tuberkulosis BTA positif, di samping melaksanakan strategi DOTS dan strategi *stop tuberculosis partnership* secara konsekuen dan konsisten, perlu ditunjang oleh upaya penggiatan peran modal sosial dan partisipasi masyarakat dalam kerangka *active case finding* penderita tuberkulosis. Faktor-faktor modal sosial yang perlu dikembangkan meliputi dimensi kognitif, relasional, dan struktural. Sementara, berbagai faktor partisipasi masyarakat meliputi identifikasi kebutuhan, menggerakan sumber daya program, dan kepemimpinan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Sebelas Maret yang mendanai penelitian hibah bersaing tahun 2012 serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar, Provinsi Jawa Tengah yang memberikan kesempatan pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis. Edisi ke-2. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
2. Atre SR, Kudale AM, Morankar SN, Rangan SG, Weiss MG. Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general population without tuberculosis in rural Maharashtra, India. *Tropical Medicine and International Health*. 2004; 9: 1228-38.

3. Eric C, Leung CC, CM Tam. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. 2007; 13: 221-7
4. World Health Organisation (WHO). The stop TB strategy. Geneva: World Health Organization; 2006.
5. World Health Organization. Tomanís Tuberculosis, case detection, treatment, and monitoring. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
6. Utomo B. Tantangan pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) bidang kesehatan di Indonesia. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2007; 1(5): 232-5.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan. Kebijakan program pengendalian tuberkulosis. Disampaikan pada pertemuan koordinasi Balai Kesehatan Paru Masyarakat, Semarang; 2011.
8. Murti B, Santoso, Firdaufan, Hartanto R, Sumardiyono, Sutisna E, dkk. Evaluasi program pengendalian tuberculosis dengan strategi directly observed treatment short course (DOTS) di Eks Karesidenan Surakarta. *Surakarta Jurnal Kedokteran Indonesia Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret*. 2009; 1 (2): 199-208.
9. Sulaeman ES, Karsidi R, Murti B, Kartono DT, Waryana, Hartanto R. Model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, studi program desa siaga. *Kesmas Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2012; 7(4): 186-91.
10. Fraenkel JR, Wallen NE. How to design and evaluate research in education. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Inc; 1993.
11. Ife J. Community development: community-based alternatives in an age of globalisation. New South Wales: Pearson Education Australia Pty Kimited; 2002.
12. Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *The Academy of Management Review*. 1998; 23 (2): 242-66.
13. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 2001; 78 (3): 458-67.
14. Yuasa M, De sa RF, Pincovsky S, Simanouchi N. Emergence model of social and human capital and its application to the healthy municipalities project in Northeast Brazil. *Health Promotion International*. 2007; 22 (4): 292-8.
15. Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. Investments in social capital-Implications of Social Interactions for The Production of Health. 2003. *Social Science and Medicine*. 2003; 56: 2379-90.
16. Meulemans H, Ouytsel JV, Rigouts L, Mortelmans D, Heunis C, Matebesi Z, Rensburg D. Social capital and community TB care in the free state, South Africa. *Acta Academica Supplementum*. 2005; 1: 128-55.
17. Li S, Delva J. Social capital and smoking Asian American men: an explanatory study. *American Journal of Public Health*. 2012; 102: S212-21.
18. Holtgrave DR, Crosby RA. Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infection*. 2003; 79: 62-4.
19. Kasmel A, Andersen PT. Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). Available from *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011; 8: 799-817.
20. Breckon DJ. Managing health promotion programs leadership skills for the 21st Century. United State of America: Aspen Publ; 1997.